

# Läkkään lääkehoidon riskien arviointimittari

Lomakkeen täyttäjä

Täyttöpäivämäärä

## A) Asiakkaan perustiedot

<b>Nimi</b>	<b>Henkilötunnus</b>	<b>Ikä</b>
<b>Sukupuoli</b> <input type="checkbox"/> Mies <input type="checkbox"/> Nainen	<b>Onko asiakkaalla ajan tasalla oleva lääkityskortti/lista?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
<b>Asuuko asiakas yksin?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<b>Kuka annostelee asiakkaan lääkkeet ja miten?</b> (esim. dosettijakelu, koneellinen annosjakelu)	
<b>Ottaako asiakas lääkkeensä valvotusti?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		

## B) Lääkkeiden käyttö

<b>1. Onko asiakkaalla säännöllisessä käytössä seitsemän tai useampia reseptilääkkeitä?</b> (Perusvoiteita ei huomioida) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<b>4. Onko asiakas aloittanut uuden lääkkeen käytön viimeisen 4 viikon aikana?</b> (Ei koske saman lääkeaineen uutta kauppanimeä) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei															
<b>2. Ottaako asiakas päivässä säännöllisesti 12 lääkannosta tai enemmän?</b> (Perusvoiteita ei huomioida) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Esimerkki annosten laskemisesta: <b>Lääke 1:</b> 1 tabletti 3 kertaa päivässä = 3 annosta. <b>Lääke 2:</b> 1 sumutus 2 kertaa päivässä = 2 annosta <b>Lääke 3:</b> insuliini: 10 ky aamulla, 8 ky iltapäivällä = 2 annosta. <b>Yhteensä:</b> Lääke 1 + Lääke 2 + Lääke 3 = 3 + 2 + 2 annosta = 7 lääkannosta päivässä.	<b>5. Käyttääkö asiakas lääkkeitä, jotka...</b> <table><thead><tr><th></th><th>Kyllä</th><th>Ei</th></tr></thead><tbody><tr><td><b>a) auttavat tulehdussärkyyn</b> (parasetamolia ei huomioida)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>b) on tarkoitettu nesteeno-</b> <b>poistoon</b> (diureetit)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>c) alentavat kolesterolia</b> (statiinit)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>d) joista lääkäri ei tiedä?</b> (jos kyllä, kirjaa lääkkeet alla olevaan tilaan)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Kyllä	Ei	<b>a) auttavat tulehdussärkyyn</b> (parasetamolia ei huomioida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b) on tarkoitettu nesteeno-</b> <b>poistoon</b> (diureetit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c) alentavat kolesterolia</b> (statiinit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>d) joista lääkäri ei tiedä?</b> (jos kyllä, kirjaa lääkkeet alla olevaan tilaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kyllä	Ei														
<b>a) auttavat tulehdussärkyyn</b> (parasetamolia ei huomioida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<b>b) on tarkoitettu nesteeno-</b> <b>poistoon</b> (diureetit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<b>c) alentavat kolesterolia</b> (statiinit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<b>d) joista lääkäri ei tiedä?</b> (jos kyllä, kirjaa lääkkeet alla olevaan tilaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<b>3. Käyttääkö asiakas tällä hetkellä lääkkeitä kolmeen tai useampaan sairauteen tai oireeseen?</b> (Myös akuutit sairaudet huomioidaan) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei																

## B) Lääkkeiden käyttö (jatkoa)

### 6. Käyttääkö asiakas jotain seuraavista lääkeaineista? (rastita käytössä olevat)

Luettelo sisältää lääkeaineita, joilla on kapea terapeuttinen leveys tai jotka vaativat säännöllistä seuranta- tai jotka ovat muuten iäkkäillä ongelmallisia.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Digoksiini      | <input type="checkbox"/> Amiodaroni     |
| <input type="checkbox"/> Fluoksetiini    | <input type="checkbox"/> Litium         |
| <input type="checkbox"/> Karbamatsepiini | <input type="checkbox"/> Metotreksaatti |
| <input type="checkbox"/> Varfariini      | <input type="checkbox"/> Teofylliini    |

### 7. Onko asiakas käyttänyt viimeisen kahden viikon aikana itsehoitovalmisteita, vitamiini- ja hivenainevalmisteita tai ravintolisiä (nk. luontaistuotteita)?

- Kyllä  Ei  
(Jos kyllä, kirjaa tuotteet alla olevaan tilaan)

### 8. Onko asiakkaalla ollut viimeisen kuukauden aikana jotain alla mainituista oireista?

(Rastita esiintyneet, lisää toinen rasti oikeanpuoleiseen sarakkeeseen, mikäli kyseessä on **uusi oire** = ilmaantunut vasta viimeisen kuukauden aikana)

	Kyllä	Uusi oire		Kyllä	Uusi oire
Uneliaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huimauksen tunnetta ylös noustessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jäykkyyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistivaikeuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virtsaamisvaikeuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimakasta väsymystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toistuvia kaatumisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ripulia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ongelmia kävelyssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekavuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lihaskipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihottumaa tai kutinaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Turvotuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ummetusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matala verenpaine (systolinen alle 110 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näköhäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Huimauksen tunnetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### 9. Onko asiakas kaatunut useamman kuin yhden kerran viimeisen 12 kuukauden aikana?

- Kyllä  Ei

### 10. Onko asiakas/omainen/vierailija huomannut muutoksia asiakkaan voinnissa, jotka saattaisivat viitata mahdolliseen muutetun lääkityksen haitalliseen vaikutukseen?

- Kyllä  Ei

## C) Terveystila, hoitoyksikkö ja hoitava lääkäri

### 11. Onko asiakkaalla kolme tai useampia pitkäaikaissairauksia?

- Kyllä  Ei

### 12. Onko asiakas ollut lyhytaikaishoidossa (esim. intervallihoito) sairaalassa, sote-laitoshoidoyksikössä, palveluasunnossa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai muussa vastaavassa viimeisen neljän viikon aikana?

- Kyllä  Ei

## C) Terveystila, hoitoyksikkö ja hoitava lääkäri (jatkoa)

13. Osallistuuko asiakkaan hoitoon useampia lääkäreitä?  
(esim. terveyskeskuslääkärit, erikoislääkärit, yksityislääkärit)

Kyllä  Ei

## D) Hoitoon sitoutuminen

14. Onko asiakkaalla ilmennyt ongelmia...

Kyllä Ei

a) lääkkeenoton muistamisessa?

b) annettujen lääkitysohjeiden noudattamisessa?

c) lääkkeen käyttötarkoituksen tietämisessä?

d) lääkkeen ostossa (taloudelliset ongelmat)?

e) lääkepakkauksen avaamisessa tai lääkkeen annostelussa (apuvälineet)?

15. Jättääkö asiakas joskus *tietoisesti* noudattamatta lääkitysohjeita?

Kyllä  Ei

16. Onko asiakas (tai hänen hoitoonsa osallistuva läheinen) tietoinen asiakkaan sairauksista ja niiden hoidosta?

Kyllä  Ei

17. Onko asiakas (tai hänen lääkehoitonsa toteutukseen osallistuva läheinen) tietoinen käytössä olevista lääkkeistä?

Kyllä  Ei

18. Ovatko asiakkaan omaiset/läheiset esittäneet huolensa liittyen asiakkaan lääkkeiden käyttöön?

Kyllä  Ei

## E) Hoitaja suosittelee asiakkaalle (voi merkitä myös useamman kohdan):

	Kyllä	Ei
Lääkehoidon moniammatillista arviointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeiden dosettijakelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeiden koneellista annosjakelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käyntiä oman lääkärin vastaanotolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käyntiä diabetes-/astmahoitajan tai apteekin diabetes-/astma-yhdyshenkilön luona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotisairaanhoidajan viikoittaista valvontakäyntiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilan seurantaa (riskitestin uusinta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisäksi suositellaan asiakkaan alkoholin käyttöä kartoittavan Audit-C -lomakkeen täyttämistä (liitteenä).

AUDIT-C LIITE ▶

Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

**1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.**

- ei koskaan (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2–4 kertaa kuussa (2)
- 2–3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

**2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?**

- 1–2 annosta (0)
- 3–4 annosta (1)
- 5–6 annosta (2)
- 7–9 annosta (3)
- 10 tai enemmän (4)

**3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**Pisteet yhteensä:**

## 1 annos



0,33 l pullo tai tölkki  
III-olutta tai siideriä



12 cl lasi mietoa viiniä



4 cl annos väkeviä

## 1,5 annosta



0,5 l tuoppi tai  
0,5 l pullo  
III-olutta